

Placentas accreta et percreta Les AIP concernent aujourd'hui plus d'une femme sur 500, et sont une des premières causes d'hémorragie péri-partum ou d'hystérectomie d'hémostase. Ces AIP consistent en un envahissement anormal du myomètre par le placenta. Le plan de clivage naturel habituellement présent entre placenta et myomètre est ici absent. L'attitude classique d'extirpation manuelle du placenta dans le but d'obtenir la vacuité utérine après la naissance est alors à l'origine d'hémorragies potentiellement massives, le myomètre étant directement lésé lors de la manœuvre. Deux degrés de sévérité d'AIP doivent être distingués : - Le placenta accreta : l'envahissement est limité au myomètre. - Le placenta percreta : l'envahissement se poursuit au-delà du myomètre, et peut atteindre la vessie, l'appareil digestif, les uretères ou les vaisseaux pelviens. Le défi du diagnostic anténatal Différents types de prises en charge spécifiques per-partum ont été proposées. Quelle que soit la technique mise en œuvre, il a été démontré que le pronostic était amélioré en cas de diagnostic anténatal. Cependant, chaque approche présente une iatrogénicité maternelle et néonatale importante en cas de faux positif. Le diagnostic anténatal repose sur l'échographie anténatale et l'IRM. Aucune de ces techniques n'apporte une sensibilité ou une spécificité optimale (les signes et performances seront décrits plus en détails) et les situations ne peuvent être classées qu'à faible risque ou risque élevé d'accreta ou de percreta.

Techniques opératoires En cas de placenta accreta, il peut être proposé une prise en charge conservatrice (le placenta est laissé en place in situ), une césarienne hystérectomie ou une résection de la zone utéro-placentaire anormale. En cas de placenta percreta, le degré d'envahissement étant très difficile à évaluer en pré et per-opératoire, la majorité des équipes françaises privilégie une prise en charge conservatrice. Ces différentes techniques seront décrites en détails. Lorsqu'une césarienne est indiquée (le placenta n'est pas nécessairement couvrant et une partie des patientes peut accoucher naturellement) le seul principe commun aux différentes approche est de réaliser une hystérotomie non transplacentaire, afin de limiter les saignements avant même la naissance. Il n'existe aucune étude comparative qui pourrait amener à privilégier l'une ou l'autre des techniques actuellement proposées. La stratégie dépend à la fois du degré d'envahissement suspecté et des souhaits de la patientes.

Environnement opératoire – prises en charge complémentaires La chirurgie des AIP présente un risque hémorragique majeur. Des prises en charge anesthésiques spécifiques et de réanimation sont donc nécessaires. Il est également régulièrement nécessaire de compléter les techniques chirurgicales d'hémostase par une embolisation pelvienne.